ANNEXE 1 : Grille de température du réfrigérateur



Grille de température du réfrigérateur

- Vérifier la température 2 fois par jour : en début de journée et en fin de journée.
- Inscrire l'heure, la température minimale (min.) et maximale (max.) et vos initiales.
- Si la température est plus basse que 2 °C ou plus élevée que 8 °C : suivre la procédure en cas de bris de la chaîne de froid.

Établissement/clinique : ____________________

Mois : ____________ Année : ________

Date	Températures enregistrées							
		Début de journée				Fin de journée		
	Heure	min.	max.	Initiales	Heure	min.	max.	Initiales
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
[illegible]								
[illegible]								
[illegible]6								
[illegible]								
[illegible]								
[illegible]9								
[illegible]								
[illegible]								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

06-278-08

Conserver 4 ans (à compter de la date de signature)

Signature de la personne responsable : ____________________ Date : ________

Disponible sur le site Extranet de la DSP au : http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/vaccination/index.fr.html?mode=propertyfolder

ANNEXE 2 : Formulaire *Réquisition et inventaire des produits immunisants* - Site de vaccination CSSS

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Québec
Direction de santé publique

RÉQUISITION ET INVENTAIRE DES PRODUITS IMMUNISANTS 2013-2014

Faire la saisie et soumettre à la DSP via le SI-PMI

CSSS

Dépôt local du CSSS: ____________________ **Code d'enregistrement** (N° de permis) : ____________

Localisation du dépôt (frigo) : ____________________ **Rempli par :** ____________________

Téléphone : (   ) ____________ **poste :** ______ **Date :** année / mois / jour

ID de l'inventaire : # ____________

ID de la réquisition : # ____________

INSCRIRE L'INVENTAIRE

Autre ID produit	Produit	Emballage	Prix/ Emballage	Boites complètes (en boîte)	Boites partielles (en dose)	Numéro de lot	Date péremption	Boites à commander
A8077291	Act-Hib	5 fioles par boite	50.00 $	boîte(s)	fiole(s)			
A8002081	Adacel-Polio (dcaT-VPI)	5 fioles par boîte	62.85 $	boîte(s)	fiole(s)			
A8000961	Boostrix (dcaT)	10 seringues par boîte	91.90 $	boîte(s)	seringue(s)			
A805271	Engerix-B HB	1 fiole 0,5 ml par boîte	6.97 $	boîte(s)				
A805270	Engerix-B HB	1 fiole 1 ml par boîte	10.44 $	boîte(s)				
A8001882	Gardasil VPH	10 fioles par boîte	745.70 $	boîte(s)	fiole(s)			
A800031	Havrix adulte - 1440	1 seringue par boîte	12.95 $	boîte(s)				
A800026	Havrix pediatrique -720	1 seringue par boite	9.99 $	boîte(s)				
[illegible]	Imo[illegible] VPI	1 seringue par boî[illegible]	[illegible]					
A80[illegible]	[illegible]mova[illegible]	1[illegible] p[illegible]	[illegible]					
A8002[illegible]	[illegible]fanrix[illegible]	10[illegible]	280[illegible]					
[illegible]	[illegible]fanrix [illegible]	10[illegible]	[illegible]					
A800062	Menju[illegible]	p[illegible]	59.50 $					
[illegible]	Men[illegible]	5[illegible] par[illegible]	[illegible]					
[illegible]982	MMR II (RRO)	10 fioles par boîte	[illegible].30 $	boîte(s)	fiole(s)			
A8079829	Diluant MMR II (RRO)	10 fioles par boîte	- $	boîte(s)	fiole(s)			
A8000182	Pediacel	5 fioles par boîte	77.55 $	boîte(s)	fiole(s)			
A8000371	Pneumovax 23	10 fioles par boîte	108.10 $	boîte(s)	fiole(s)			
A8000702	Prevnar-13	10 seringues par boîte	656.70 $	boîte(s)	seringue(s)			
A800184	Priorix-Tetra (RRO-V)	10 fioles par boîte	402.70 $	boîte(s)	fiole(s)			
A811795	Diluant Priorix-Tetra (RRO-V)	10 ampoules par boîte	- $	boîte(s)	ampoule(s)			
A800218	Rotarix	1 paquet de 10 applicateurs	198.50 $	paquet(s)	applicateur(s)			
A8028751	Td Adsorbées (d2T5)	5 fioles par boîte	41.06 $	boîte(s)	fiole(s)			
A8029211	Td Polio Adsorbées (d2T5-VPI)	5 fioles par boîte	127.90 $	boîte(s)	fiole(s)			
A808776	Tubersol 5TU (TCT) - fiole 1 ml	1 fiole de 10 épreuves par boîte	111.10 $	boîte(s)	épreuve(s)			
A808776	Twinrix adulte	1 seringue par boîte	34.63 $	boîte(s)				
A8000291	Twinrix junior	1 paquet de 10 seringues	173.10 $	paquet(s)	seringue(s)			
A8000423	Varivax III	10 fioles par boîte	290.50 $	boîte(s)	fiole(s)			
A8000428	Diluant Varivax III	10 fioles par boîte	- $	boîte(s)	fiole(s)			
AUTRE :								
AUTRE :								
AUTRE :								

POUR TOUT VACCIN NON SERVI, VEUILLEZ COMMANDER DE NOUVEAU

Site Web :http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/vaccination/index.fr.html

T:...\Outils 2013-2014\Requisition et inventaire 2013-2014 - CSSS.xlsx

ANNEXE 2 (suite) : Guide d'utilisation pour compléter le formulaire *Réquisition et inventaire des produits immunisants*, page 1 - Site de vaccination CSSS



Guide d'utilisation
Formulaire de *Réquisition et inventaire de produits immunisants - CSSS*

Ce formulaire permet au vaccinateur de connaître son inventaire de produits immunisants et de commander de façon judicieuse. Il permet à la personne responsable de la saisie dans le SI-PMI, de saisir l'inventaire et la réquisition du dépôt local du CSSS.

Le formulaire est composé de différentes sections qui sont présentées et expliquées ci-dessous.

IDENTIFICATION

Dépôt local du CSSS :	Inscrire le nom de votre dépôt.
Code d'enregistrement *(N° de permis) :*	Inscrire le numéro d'enregistrement donné par la santé publique.
Localisation du dépôt *(Frigo) :*	Inscrire le nom du réfrigérateur associé au dépôt.
Rempli par :	Inscrire le nom de la personne qui remplit le formulaire.
Téléphone :	Inscrire le numéro de téléphone et le poste, s'il y a lieu, de la personne qui a rempli le formulaire.
Date :	Inscrire la date à laquelle le formulaire est rempli.
ID de l'inventaire :	La personne responsable de la saisie SI-PMI inscrira le numéro d'inventaire généré par le système.
ID de la réquisition :	La personne responsable de la saisie SI-PMI inscrira le numéro de la réquisition généré par le système.

PRODUIT

La liste présentée comprend les produits immunisants nécessaires pour l'application des programmes d'immunisation soutenus financièrement par le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Afin de retrouver facilement le produit sur la liste, nous avons inscrit le nom des produits en ordre alphabétique.

Si vous avez en main des produits immunisants fournis par la DSP qui n'apparaissent pas dans cette section, veuillez les inscrire sur les lignes en bas des produits (Autre :) en précisant le nom du produit et le format.

EMBALLAGE

Le format peut varier d'un produit à l'autre. Si un produit est commandé en quantité moindre que le format d'emballage, la boîte complète sera à saisir au SI-PMI.

Suite au verso ➢

ANNEXE 2 (suite) : Guide d'utilisation pour compléter le formulaire *Réquisition et inventaire des produits immunisants*, page 2 - Site de vaccination CSSS

⇗ *PRIX PAR EMBALLAGE* ⇘

Le prix par emballage pour chacun des produits immunisants est **donné à titre d'information**. Ceci permet à chaque vaccinateur d'estimer la valeur des produits qu'il a dans son réfrigérateur.

⇗ *INVENTAIRE* ⇘

Pour chaque réquisition mensuelle saisie au SI-PMI, un inventaire doit également être saisi. Cet inventaire doit comprendre tous les produits servis par la santé publique qui sont entreposés dans votre réfrigérateur même si seulement quelques produits sont commandés.

Nombre de boîtes complètes :	Inscrire le nombre de boîtes complètes pour chaque produit correspondant à chaque numéro de lot (Attention, ce nombre est en boîte et non en dose).
Nombre de boîtes partielles *(en dose) :*	Inscrire le nombre de doses restantes dans les boîtes qui sont incomplètes correspondant à chaque numéro de lot (Attention, ce nombre est en dose et non en boîte). Pour un même lot d'un produit, veuillez compléter les boîtes lorsque possible.
Numéro de lot :	Inscrire le numéro de lot de **chacun** des vaccins que vous avez en main. ***Veuillez l'inscrire telle que vue sur la boîte** (ex. : C3946AA, AC37B074CA, 1028AA…**).***
Date de péremption :	Inscrire la date de péremption de **chacun** des vaccins que vous avez en main. ***Veuillez l'inscrire telle que vue sur la boîte** (ex. : AV 2013, 13 JN, 23 AV 2013…**).***

Cet exercice permet au vaccinateur de prendre connaissance de la date de péremption des produits et de **faire la rotation des produits** pour utiliser en premier les produits immunisants dont la date de péremption arrive à échéance. Tout produit dont la date de péremption est dépassée doit être immédiatement retiré du réfrigérateur. En agissant de la sorte, on évitera d'administrer un produit périmé. Tout produit périmé (fiole intacte, non décapsulée et dans leur boîte d'origine) doit être retourné au dépôt régional et ce, dans les 2 mois suivant la date de péremption. Un retour doit être saisie au SI-PMI avant de retourner tous produits au dépôt régional. Veuillez vous référer au formulaire *Retour des produits périmés*. ***Aucun produit immunisant ne doit être retourné par la poste.***

⇗ *COMMANDE* ⇘

Inscrire en boîtes la quantité désirée (multiple du format d'emballage).

Il est recommandé de ***prévoir*** les vaccins ***pour une période maximale de 6 semaines.*** Il faut éviter de surcharger le réfrigérateur.

Pour tout produit non livré, veuillez commander de nouveau

À LA RÉCEPTION DE VOTRE COMMANDE, VEUILLEZ VÉRIFIER VOTRE BON DE LIVRAISON. ASSUREZ-VOUS QUE LA QUANTITÉ ET LE NUMÉRO DE LOT DE CHAQUE VACCIN INSCRIT CORRESPOND BIEN AUX PRODUITS REÇUS (Attention, les produits sont servis en boîtes).
LA RÉCEPTION DES PRODUITS DOIT ÊTRE SAISIE AU SI-PMI.
SI ERREUR, COMMUNIQUER AU (450) 928-6777, POSTE 3130.

T:\DSP\PMT\7400 PMT\7440 Immunisation\7442 GPI\09 Formulaire\Outils 2013-2014\Requisition de commande - Guide utilisation 2013-2014 - CSSS.docx Février 2013 - MG

ANNEXE 3 : Distribution par territoire de CSSS/CLSC pour le 1er groupe de livraison



CSSS Pierre-De Saurel

- ✓ **CLSC Gaston-Bélanger**
  30, rue Ferland, Sorel-Tracy

CSSS Richelieu-Yamaska

- ✓ **CLSC des Patriotes**
  300, boulevard Serge-Pépin, Beloeil
- ✓ **CLSC des Maskoutains**
  1015, rue Gauthier, Saint-Hyacinthe
- ✓ **CLSC de la MRC d'Acton**
  1266, rue Lemay, Acton Vale

CSSS La Pommeraie

- ✓ **CLSC de La Pommeraie**
  660, rue Saint-Paul Nord, Farnham

CSSS de la Haute-Yamaska

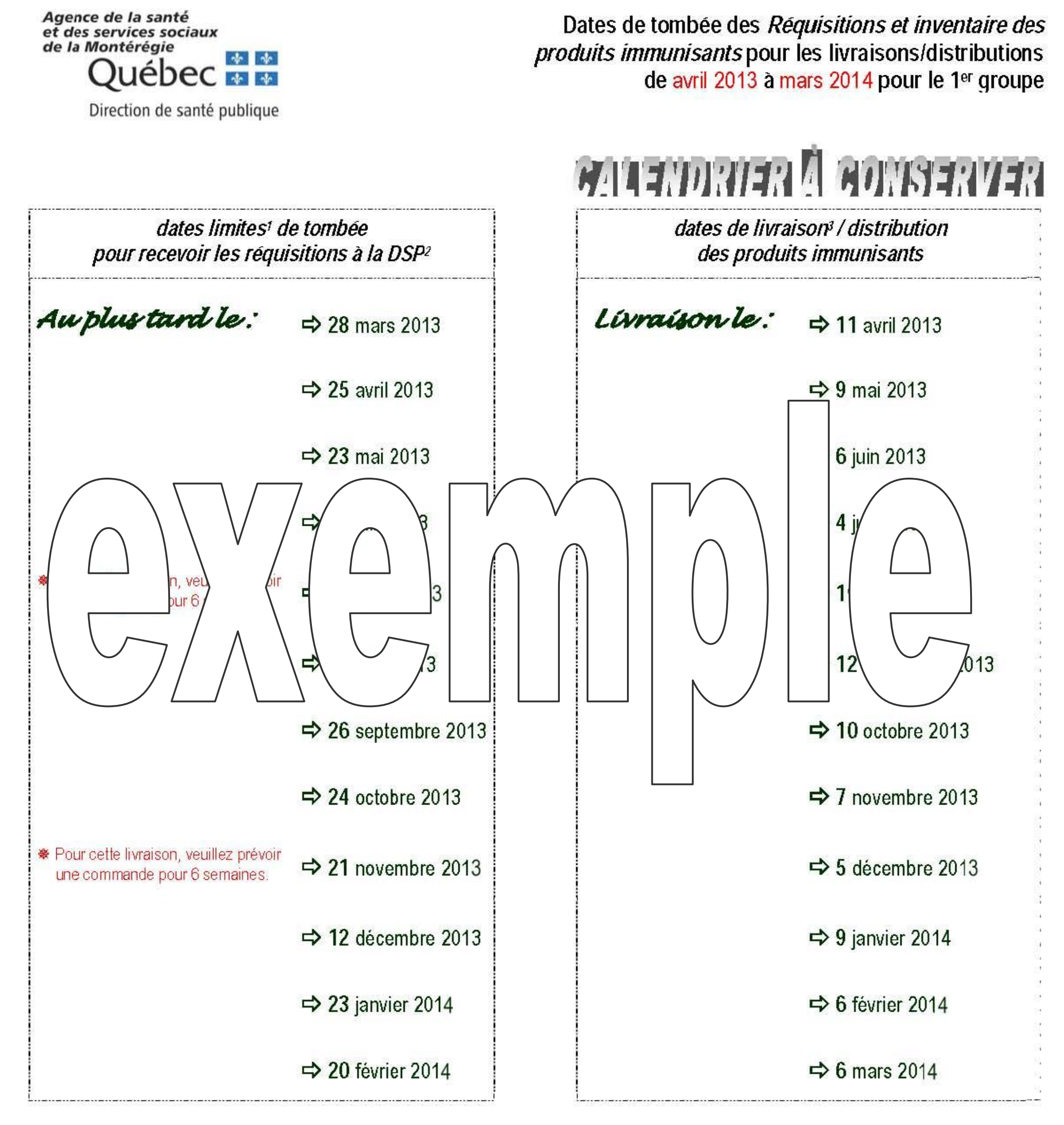
- ✓ **CLSC Yvan Duquette**
  294, rue Déragon, Granby

CSSS Haut-Richelieu\Rouville

- ✓ **CLSC Vallée des Forts**
  978, boul. du Séminaire Nord, Saint-Jean-sur-Richelieu
- ✓ **CLSC du Richelieu**
  300, chemin de Marieville, Richelieu

T:\DSP\PMT\7400 PMT\7440 Immunisation\7442 GPI\09 Formulaire\Outils 2013-2014\Commande - distribution par territoire CLSC 2013-2014 - 1er groupe.docx

ANNEXE 3 (suite) : Date de tombée des Réquisitions et inventaire des produits immunisants pour le 1er groupe de livraison – Sites de vaccination CSSS



Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Québec
Direction de santé publique

Dates de tombée des *Réquisitions et inventaire des produits immunisants* pour les livraisons/distributions de avril 2013 à mars 2014 pour le 1er groupe

CALENDRIER À CONSERVER

exemple

	dates limites[1] de tombée pour recevoir les réquisitions à la DSP[2]	*dates de livraison[3] / distribution des produits immunisants*
	Au plus tard le :	*Livraison le :*
	➩ 28 mars 2013	➩ 11 avril 2013
	➩ 25 avril 2013	➩ 9 mai 2013
	➩ 23 mai 2013	6 juin 2013
	[illegible]	[illegible]
✱ [illegible]	[illegible]	[illegible]
	[illegible]	[illegible]
	➩ 26 septembre 2013	➩ 10 octobre 2013
	➩ 24 octobre 2013	➩ 7 novembre 2013
✱ Pour cette livraison, veuillez prévoir une commande pour 6 semaines.	➩ 21 novembre 2013	➩ 5 décembre 2013
	➩ 12 décembre 2013	➩ 9 janvier 2014
	➩ 23 janvier 2014	➩ 6 février 2014
	➩ 20 février 2014	➩ 6 mars 2014

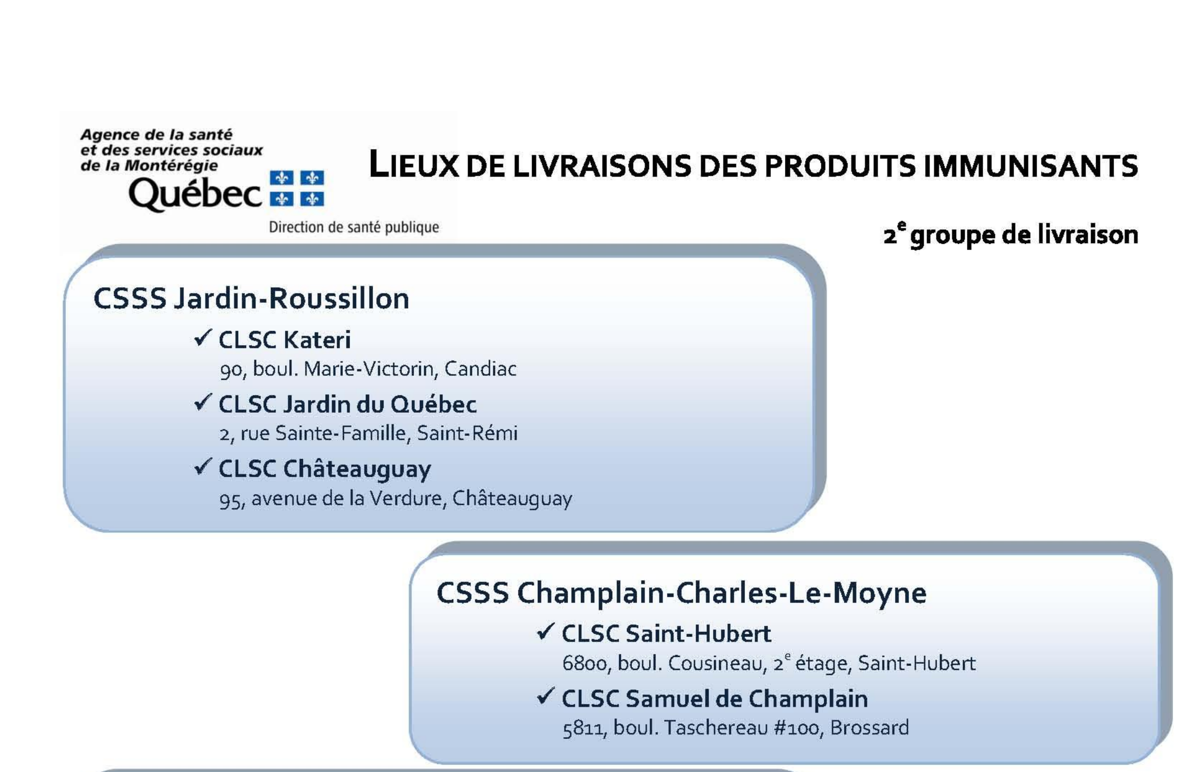
[1] Il s'agit de la date limite pour soumettre à la DSP les réquisitions dans le SI-PMI. Dans la semaine précédant cette date, la mise à jour des inventaires des localisations des dépôts doivent également être faite dans le SI-PMI.

[2] Toute commande reçue après cette date sera reportée au prochain mois.

[3] Dans les jours qui suivent la livraison, la réception des produits immunisants doit être faite dans le SI-PMI.

T:\DSP\PMT\7400 PMT\7440 Immunisation\7442 GPI\09 Formulaire\Outils 2013-2014\Calendrier avril2013-mars2014 - livraison 1er groupe CSSS.docx   Mars 2013 - MG

ANNEXE 3 : Distribution par territoire de CSSS/CLSC pour le 2e groupe de livraison



CSSS Pierre-Boucher

- ✓ **CLSC Longueuil Ouest**
  201, boul. Curé-Poirier Ouest, Longueuil
- ✓ **CLSC Simonne Monet-Chartrand**
  1303, boul. Jacques-Cartier Est, Longueuil
- ✓ **CLSC des Seigneuries**
  2220, boul. René-Gaultier, Varennes

CSSS du Haut-St-Laurent

- ✓ **CLSC Huntingdon**
  10, rue King #200, Huntingdon

CSSS du Suroît

- ✓ **CLSC Salaberry-de-Valleyfield**
  71, rue Maden #200, Salaberry-de-Valleyfield

CSSS de Vaudreuil-Soulanges

- ✓ **CLSC Vaudreuil-Soulanges**
  490, boul. Harwood, Vaudreuil-Dorion
- ✓ **CLSC Vaudreuil-Soulanges**
  486, rue Chicoine, Vaudreuil-Dorion

T:\DSP\PMT\7400 PMT\7440 Immunisation\7442 GPI\09 Formulaire\Outils 2013-2014\Commande - distribution par territoire CLSC 2013-2014 - 2e groupe.docx

Annexe 3 (suite) : Date de tombée des Réquisitions et inventaire des produits immunisants pour le 2e groupe de livraison – Sites de vaccination CSSS



Dates de tombée des *Réquisitions et inventaire des produits immunisants* pour les livraisons/distributions de avril 2013 à mars 2014 pour le 2e groupe

CALENDRIER À CONSERVER

dates limites[1] de tombée pour recevoir les réquisitions à la DSP[2]		*dates de livraison[3] / distribution des produits immunisants*	
Au plus tard le :	⇨ 11 avril 2013	*Livraison le :*	⇨ 25 avril 2013
	⇨ 9 mai 2013		⇨ 23 mai 2013
	⇨ 6 juin 2013		⇨ 20 juin 2013
	⇨ [illegible]illet [illegible]3		⇨ 18 [illegible] 20[illegible]
✱ [illegible]on, ve[illegible]oir [illegible]ommande pour 6[illegible]	⇨ [illegible]3		⇨ 15[illegible]
	⇨ [illegible]bre [illegible]		⇨ 26 s[illegible]2013
	⇨ 10 octobre 2013		⇨ 24 octobre 2013
	⇨ 7 novembre 2013		⇨ 21 novembre 2013
✱ Pour cette livraison, veuillez prévoir une commande pour 6 semaines.	⇨ 5 décembre 2013		⇨ 19 décembre 2013
	⇨ 9 janvier 2014		⇨ 23 janvier 2014
	⇨ 6 février 2014		⇨ 20 février 2014
	⇨ 6 mars 2014		⇨ 20 mars 2014

[1] Il s'agit de la date limite pour soumettre à la DSP les réquisitions dans le SI-PMI. Dans la semaine précédant cette date, la mise à jour des inventaires des localisations des dépôts doivent également être faite dans le SI-PMI.

[2] Toute commande reçue après cette date sera reportée au prochain mois.

[3] Dans les jours qui suivent la livraison, la réception des produits immunisants doit être faite dans le SI-PMI.

I:\DSP\PMT\7400 PMT\7440 Immunisation\7442 GPI\09 Formulaire\Outils 2013-2014\Calendrier avril2013-mars2014 - livraison 2ème groupe CSSS.docx Mars 2013 - MG

ANNEXE 7 : Coordonnées pour l'achat du thermomètre digital minima-maxima avec sonde dans le glycol

VWR International

8567, chemin Dalton

Ville Mont-Royal (Québec) H4T1V5

Commande

Tél. : 1-800-932-5000 ou 514-344-3525

Télécopieur : 1-800-668-6348 ou 514-344-0133

www.vwrcanlab.com

produit-recherche-entrer le numéro de référence

Description du matériel	N° de référence de VWRCanlab	Quantité minimale à commander	Prix unitaire
Thermomètre minima-maxima VWR avec sonde dans le glycol incluant pile 1,5V, manuel d'utilisation, certificat d'étalonnage et garantie de 2 ans **VWR Sentry Minimum-maximum memory thermometer with bottle probe**	**15551-284**	Unité	61.26 $*
Thermomètre minima-maxima VWR avec sonde dans le glycol et alarme incluant pile 1,5V, manuel d'utilisation, certificat d'étalonnage et garantie de 2 ans **VWR Refrigerator/ freezer Thermometers**	**61161-364**	Unité	69.13 $*

* Prix au 16 mars 2012- Frais de transport et taxes en sus.

Vous devez créer un profil invité pour l'achat et payer avec une carte de crédit.

ANNEXE 8: Formulaire A *Demande d'évaluation de produits immunisants en cas de bris de la chaîne de froid*

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Québec
Direction de santé publique

DEMANDE D'ÉVALUATION DE PRODUITS IMMUNISANTS EN CAS DE BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID (BCF)
Formulaire A

À remplir au moment de la découverte de l'incident

Date du signalement : ______ / ______ / ______
année mois jour

1. Identification du requérant

Nom du requérant : ____________ Code d'enregistrement : ____________

Établissement/Clinique/Autre : ____________ Téléphone : ____________

Adresse : ____________ Télécopieur : ____________

____

Adresse électronique : ____________

Nom et coordonnées du responsable administratif, si différent du requérant (pour suivi de facturation, s'il y a lieu).

Nom : ____________ Téléphone : ____________

Adresse : ____________ Télécopieur : ____________

____

Adresse électronique : ____________

VEUILLEZ-VOUS ASSURER QUE TOUS LES PRODUITS IMMUNISANTS VISÉS PAR L'INCIDENT SOIENT ... ERV... RÉFRI... ENTRE ... ARAN... LA ... TIO... RÉSU... UATI... ANTI... P).

Desc... l'inci...

) D... da... e et t... ale e... nale i... s sur ... vé d... pérat... où ... nière... uaien... e entre ... 8°C ... e BC...

Date : ____________ Heure : ____________ ⇨ Réfrigérateur : ...ale : ____________
Année / mois / jour

...ale : ____________

(Acheminez une copie de la feuille des relevés des dernières lectures de température. S'il s'agit d'un thermomètre à enregistrement graphique, transmettre en plus une copie de la feuille graphique).

B) Date et heure lors de la **découverte de l'incident** (début du BCF) ⇨

Date : ____________ Heure : ____________
Année / mois / jour

C) Intervalle de temps entre la dernière inscription de température dans la norme et la découverte de l'incident ____________ Heure(s)

Page 1

ANNEXE 8 (suite) : Formulaire A *Demande d'évaluation de produits immunisants en cas de bris de la chaîne de froid*, page 2

D) Températures **lors de la découverte de l'incident**

Température de la pièce ________ °C

Températures du réfrigérateur

5.1 °C
2 °C
8 °C
RESET
Température courante
Température maximale
Câble
Sonde à l'intérieur
Température minimale
Bouton de remise à zéro
Entrée pour insertion du câble
Fiole avec solution de glycérine

Réfrigérateur : Actuelle (courante) : ________ °C

Minimale : ________ °C

Maximale : ________ °C

E) Lecture des indicateurs de gel et de chaleur utilisés lors du transport (S'il y a lieu)

____

F) Date et heure **où les produits immunisants ont été remis à une température dans la norme entre 2°C et 8°C** (fin du BCF)

Date : ____________ Heure : _________
Année / mois / jour

Durée approximative du BCF

[illegible]terva[illegible] temp[illegible]e la d[illegible] inscript[illegible]e[illegible]rat[illegible]ns la [illegible]e
[illegible]ment[illegible] p[illegible]s imm[illegible]t été [illegible]re da[illegible]
[illegible]e su[illegible]a[illegible]uvert[illegible] ________ H[illegible])

[illegible] de the[illegible]re util[illegible]ter[illegible]ture[illegible]phic[illegible]igita[illegible]autre

____

[illegible]arge[illegible]ur du[illegible]omè[illegible] ______ °C

3. Circonstances de l'incident

☐ Lors du transport

Date d'emballage: ______________ Heure d'emballage : ______________
Année / mois / jour

Date de déballage: ______________ Heure de déballage : ______________
Année / mois / jour

☐ Lors de l'entreposage ☐ Autre

Précisez :

____

4. Cause probable de l'incident

Page 2

ANNEXE 8 (suite) : Formulaire A *Demande d'évaluation de produits immunisants en cas de bris de la chaîne de froid*, page 3

☐ Panne électrique

Cause de la panne : ____________________

Heure du début de la panne : __________ Heure de la fin de la panne : __________

☐ Défectuosité du réfrigérateur ☐ Erreur humaine ☐ Variation de courant

☐ Porte mal fermée ☐ Débranchement de l'appareil ☐ Mauvais réglage de l'alarme

☐ Variation de température externe à l'appareil de réfrigération ☐ Colis oublié à l'extérieur du réfrigérateur

☐ Délai trop long dans le transport

☐ Autre, précisez : ____________________

Autre information pertinente

____

____

5. État du (des) produit(s)

☐ Intact ☐ Gel apparent ☐ Boîte(s) endommagée(s)

☐ Présence de particule ou de solution brouillée

☐ Autre, précisez : ____________________

6. Information complémentaire en cas de réclamation à l'assureur

Des[illegible]on d[illegible]eur (s[illegible] lieu[illegible]

☐ [illegible]omes[illegible] ☐ [illegible]m[illegible]

Marque : __________ [illegible]dèle[illegible] __________ [illegible]nne[illegible] __________

[illegible]de[illegible]ntr[illegible] __________

Réparation du réfrigérateur à la suite du bris de la chaîne de froid : ☐ Oui ☐ Non

Date de la réparation : __________ Nature de la répara[illegible] __________

Date de toute autre intervention : __________ Intervention effectu[illegible] __________

Si une réparation a été effectuée, conservez les pièces justificatives incluant les pièces défectueuses remplacées pour l'enquête et l'expertise de la réclamation.

7. Information à remplir par les sites de vaccination privés (ne faisant pas partie de l'AQESSS)

Site assuré contre la perte de produits immunisants : ☐ Oui ☐ Non

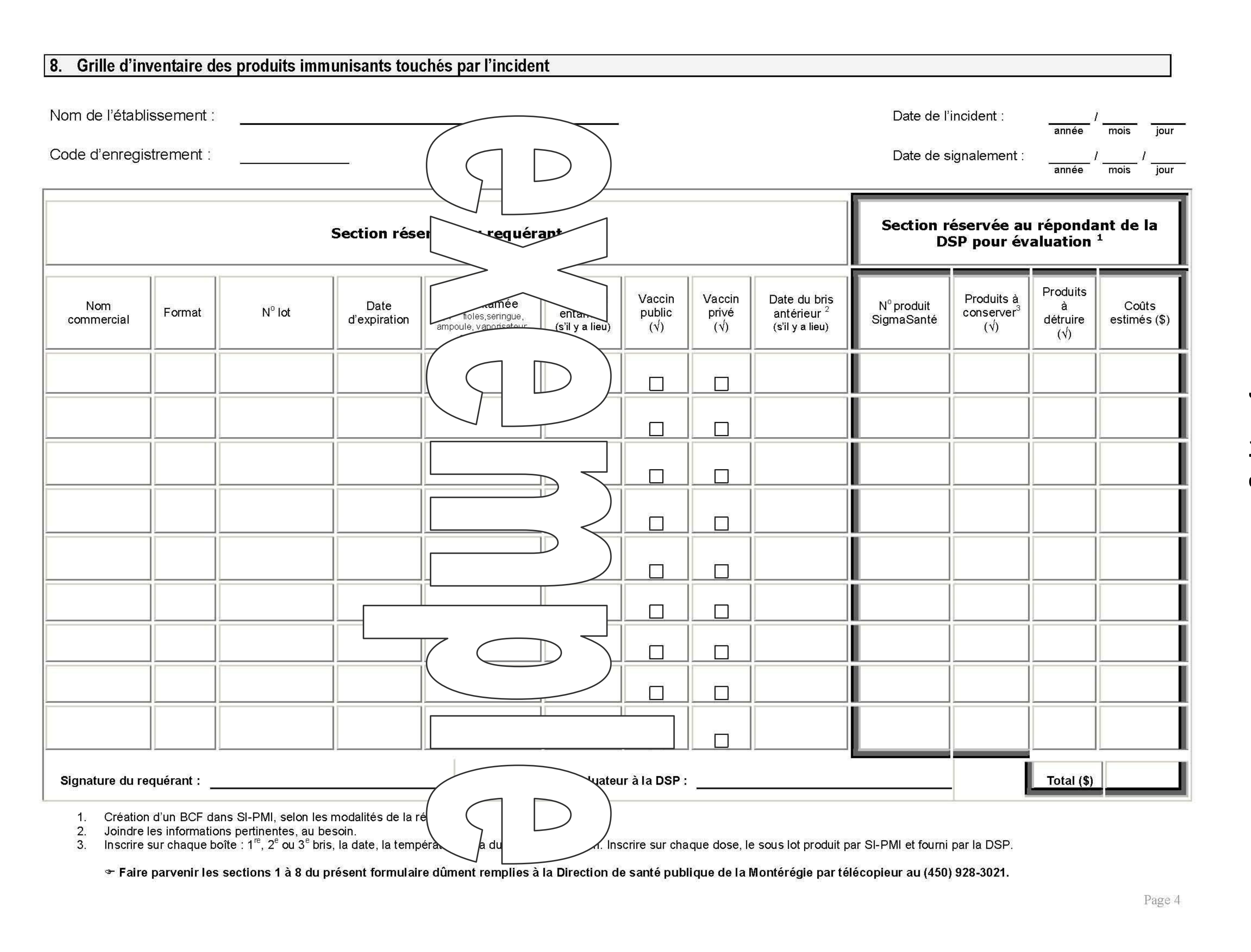
Si oui, montant de la franchise de l'assurance ($) : __________

Dans le réfrigérateur : % de vaccins publics ______ % de vaccins privés ______ % autres produits ______

Pour obtenir une copie électronique, veuillez vous référer au site Web :
http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/vaccination/index.fr.html

Page 3

ANNEXE 8 (suite) : Formulaire A *Demande d'évaluation de produits immunisants en cas de bris de la chaîne de froid*, page 4



8. Grille d'inventaire des produits immunisants touchés par l'incident

Nom de l'établissement : ______________________ Date de l'incident : ____ / ____ / ____ (année / mois / jour)

Code d'enregistrement : __________ Date de signalement : ____ / ____ / ____ (année / mois / jour)

Section réser... requérant									Section réservée au répondant de la DSP pour évaluation [1]			
Nom commercial	Format	N° lot	Date d'expiration	...amée (fioles, seringue, ampoule, vaporisateur...)	enta... (s'il y a lieu)	Vaccin public (√)	Vaccin privé (√)	Date du bris antérieur [2] (s'il y a lieu)	N° produit SigmaSanté	Produits à conserver[3] (√)	Produits à détruire (√)	Coûts estimés ($)
						☐	☐					
						☐	☐					
						☐	☐					
						☐	☐					
						☐	☐					
						☐	☐					
						☐	☐					
						☐	☐					
							☐					
											Total ($)	

Signature du requérant : ______________ ...luateur à la DSP : ______________

1. Création d'un BCF dans SI-PMI, selon les modalités de la ré...
2. Joindre les informations pertinentes, au besoin.
3. Inscrire sur chaque boîte : 1re, 2e ou 3e bris, la date, la températ... la du... ...n. Inscrire sur chaque dose, le sous lot produit par SI-PMI et fourni par la DSP.

☞ **Faire parvenir les sections 1 à 8 du présent formulaire dûment remplies à la Direction de santé publique de la Montérégie par télécopieur au (450) 928-3021.**

Page 4

ANNEXE 8 (suite) : Formulaire A *Demande d'évaluation de produits immunisants en cas de bris de la chaîne de froid*, page 5

9. Évaluation et recommandations de la DSP à la suite d'un bris de la chaîne de froid

Section réservée à la Direction de santé publique

Code d'enregistrement : ________
Nom du requérant : ________________________
Établissement (CLSC/Clinique/Autre) : ________________________

Nom de l'évaluateur : ________________________

Recommandations et commentaires :

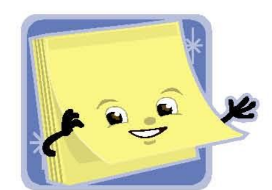
exemple

Signature : ________________________ Date : ______ / _____ / _____
année mois jour

T:\DSP\PMT\7400 PMT\7440 Immunisation\7442 GPI\09 Formulaire\Outils 2013-2014\Demande evaluation-Bris chaine de foid 2013-2014.docx

Page 5

ANNEXE 8 (suite) : Formulaire A *Demande d'évaluation de produits immunisants en cas de bris de la chaîne de froid*, page 6



DEMANDE D'ÉVALUATION DE PRODUITS IMMUNISANTS EN CAS DE BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID (BCF)

GUIDE D'UTILISATION

1. Identification du requérant

Date du signalement	Indiquer la date à laquelle l'incident a été signalé à la direction de santé publique, par téléphone ou par télécopie. Le formulaire doit être rempli au même moment que le signalement et acheminé au répondant régional de la gestion des produits immunisants.
Nom, coordonnées et adresse courriel du requérant	Inscrire le nom et l'adresse complète du site où l'incident a eu lieu ainsi que le nom, le numéro de téléphone, du télécopieur et l'adresse courriel de la personne qui signale l'incident.
Code d'enregistrement	Inscrire le code d'enregistrement à la DSP de l'établissement / clinique ou autre.
Nom, coordonnées et adresse courriel du responsable administratif pour suivi	Inscrire le nom, adresse, numéro de téléphone, du télécopieur et l'adresse courriel de la personne à qui sera acheminée la facturation, s'il y a lieu.

2. Description de l'incident

A) Dernière date, heure et température minimale et maximale inscrites sur le relevé des lectures de température où ces dernières se situaient dans la norme entre 2°C et 8°C avant le BCF	Préciser l'année, le mois, le jour et l'heure (de 0 à 24 heures) de la dernière inscription sur la feuille de relevé de température du réfrigérateur. Préciser la dernière température minimale et maximale notée sur la feuille de relevé de température du réfrigérateur.
B) Date et heure lors de la découverte de l'incident	Préciser l'année, le mois, le jour, l'heure (de 0 à 24 heures) lors de la découverte de l'incident.
C) Intervalle de temps entre la dernière inscription de température dans la norme et la découverte de l'incident	Calculer l'intervalle entre la date et l'heure inscrites au point A et celles inscrites au point B.
D) Température lors de la découverte de l'incident	Préciser la température de la pièce ainsi que la température actuelle, minimale et maximale qui apparaît sur le thermomètre digital minima-maxima lors de la découverte de l'incident.
E) Lecture des indicateurs chimiques	Si des indicateurs de gel et de chaleur ont été utilisés lors du transport, décrire le résultat de la vérification de ces indicateurs.
F) Date et heure où les produits immunisants ont été remis à une température dans la norme	Préciser l'année, le mois, le jour et l'heure (de 0 à 24 heures) à laquelle les produits immunisants ont été déplacés dans un autre réfrigérateur ou dans une glacière qui maintient la température dans la norme. Si les produits immunisants sont demeurés dans le réfrigérateur qui affiche une température hors norme, préciser l'année, le mois, le jour et l'heure (de 0 à 24 heures) à laquelle la température minimale et maximale du réfrigérateur sont revenues dans la norme.
Durée approximative du BCF	Calculer l'intervalle entre la date et l'heure inscrites au point A et celles inscrites au point F. Ex. : intervalle entre le 16 mai à 16 h et le 17 mai à 17 h = 25 h.
G) Type de thermomètre utilisé	Préciser s'il s'agit d'un thermomètre à enregistrement graphique, un thermomètre digital minima-maxima ou autre numérique.
Marge d'erreur du thermomètre	Préciser la marge d'erreur en °C du thermomètre utilisé.

ANNEXE 8 (suite) : Formulaire A *Demande d'évaluation de produits immunisants en cas de bris de la chaîne* de froid, page 7

3. Circonstances de l'incident

Lors du transport	Si l'incident est survenu lors du transport : Préciser l'année, le mois, le jour et l'heure (de 0 à 24 heures) à laquelle les produits immunisants ont été emballés pour le transport. Ainsi que l'année, le mois, le jour et l'heure (de 0 à 24 heures) à laquelle les produits immunisants ont été déballés et mis dans un réfrigérateur qui maintient la température dans la norme.
Lors de l'entreposage	Cocher si l'incident est survenu lors de l'entreposage (bris du réfrigérateur, porte du réfrigérateur laissée ouverte, produits immunisants trouvés sur un comptoir, etc.).
Autre	Préciser toute autre circonstance de l'incident.

4. Cause probable de l'incident

Panne électrique	Préciser la cause de la panne. (Par exemple : coupure par la compagnie d'électricité ou coupure planifiée par l'établissement, etc.) Préciser l'heure du début et de la fin de la panne, si connue.
Autre cause probable	Cocher la cause probable ou Autre et précisez.
Autre information pertinente	Préciser toute autre information pertinente liée à la cause de l'incident.

5. État du (des) produit(s)

État du (des) produits(s)	Cocher l'état du (des) produit(s) au moment de la découverte de l'incident.

6. Information complémentaire en cas de réclamation à l'assureur

Description du réfrigérateur	Décrire le réfrigérateur en cause (s'il y a lieu) et indiquer l'information pertinente sur celui-ci si des réparations ont été effectuées.

7. Information à remplir par les sites de vaccination privés

Montant de la franchise de l'assurance	Préciser si le site est assuré contre la perte de produits immunisants ou non. Si oui, préciser le montant de la franchise de l'assurance.
% de vaccins	Préciser le % de vaccins publics et privés ainsi que le % de tout autre produit entreposé dans le réfrigérateur.

8. Grille d'inventaire des produits immunisants touchés par l'incident

Remplir la section du requérant en indiquant : le nom commercial du produit, le format de présentation, le n° de lot, la date d'expiration, la quantité non entamée (en fioles, en seringues, en ampoules, en vaporisateur ou en applicateur) de chacun des produits impliqués ainsi que la quantité entamé, s'il y a lieu.

Cochez vaccin public si les vaccins proviennent de la santé publique ou vaccin privé si c'est un achat en privé.

Précisez la date du bris antérieur, s'il y a lieu.

La personne qui a rempli cette grille doit apposer sa signature au bas de la grille.

Transmettre aussitôt par télécopieur à la direction de santé publique 450-928-3021, le formulaire rempli et une copie de la feuille des relevés des dernières lectures de température, s'il y a lieu.

T:\DSP\PMT\7400 PMT\7440 Immunisation\7442 GPI\09 Formulaire\Outils 2013-2014\Demande evaluation-Bris chaine de foid 2013-2014.docx

ANNEXE 9 : Formulaire *Retour de produits périmés* – Sites de vaccination CSSS

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Québec
Direction de santé publique

RETOUR DE PRODUITS PÉRIMÉS 2013-2014

À PLACER DANS LE SAC AVEC LES PRODUITS RETOURNÉS

Nouvelle procédure au verso →

Code d'enregistrement (*N° de permis*) *:* ____________ *Date :* ____ / ____ / ____ (Année / Mois / jour)

Dépôt local du CSSS : ____________________

Localisation du dépôt (frigo) : ____________________

Nom de la personne qui remplit le formulaire : ____________________

Autre ID produit	*PRODUIT*	*FORMAT*	*QUANTITÉ*	*NUMÉRO DE LOT*	*DATE DE PÉREMPTION*
A8077291	**Act-Hib**	fiole			
A8002081	**Adacel-Polio** (dcaT-VPI)	fiole			
A8000961	**Boostrix** (dcaT)	seringue			
A805271	**Engerix-B HB**	fiole 0,5 ml			
A805270	**Engerix-B HB**	fiole 1 ml			
A8001882	**Gardasil VPH**	fiole			
A800031	**Havrix adulte - 1440**	seringue			
A800026	**Havrix pediatrique - 720**	seringue			
A8068472	**Imovax-Polio VPI**	seringue			
A8087681	**Imovax Rage**	fiole			
A800062	**Menjugate**	fiole			
A800210	**Menveo**	fiole			
[illegible]	**MMR** [illegible]	[illegible]			
[illegible]0182	[illegible]**diace**[illegible]	[illegible]			
[illegible]	[illegible]**eumov**[illegible]	[illegible]			
[illegible]	[illegible]**vnar-**[illegible]	[illegible]			
[illegible]184	[illegible]**orix** [illegible]	[illegible]			
[illegible]	**Qua**[illegible] CaT-V[illegible]	[illegible]			
A800218	**Rotarix**	applicateur			
A8028751	**Td Adsorbées** (d_2T_5)	fiole			
A808776	**Tubersol 5TU** (TCT)	fiole			
A800019	**Twinrix adulte**	seringue			
A8000291	**Twinrix junior**	seringue			
A8000423	**Varivax III**	fiole			
A8059204	**Agriflu** (VTI Influenza)	seringue			
A805920	**Fluviral** (VTI Influenza)	fiole			
A8059202	**Vaxigrip** (VTI Influenza)	fiole			
A8059205	**Flumist** (VTI Influenza)	Vaporisateur intranasal			
A8079829 A8000428	**Diluant MMR II & Varivax III**	fiole			

Site Web : *http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/vaccination/index.fr.html*

T:.../Outils 2013-2014/Retour produits périmés 2013-2014 - CSSS.xlsx

Date reçue : ____________

ANNEXE 9 (suite) : Procédure à suivre pour le retour des produits périmés (verso du formulaire) – Sites de vaccination **CSSS**

Procédure à suivre pour un retour de produits immunisants dont la date de péremption est dépassée

☞ Sortir du réfrigérateur les produits immunisants dont la date de péremption est dépassée.

Si la date de péremption est inscrite en mois (ex. : MA 2014), le produit peut être utilisé pendant tout le mois, c'est à dire jusqu'au 31 mai inclusivement. Ce produit devra être sorti du réfrigérateur le 1er juin 2014.

Si une journée du mois est indiquée sur la boîte du produit, par exemple, le 20 JL 2014, celui-ci pourra être utilisé jusqu'à ce jour inclusivement. Ce produit devra être sorti du réfrigérateur le 21 juillet 2014.

☞ Placer dans un sac les produits (fiole intacte, non décapsulée, seringue, ampoule, applicateur ou vaporisateur) dans leur boîte originale.

☞ Remplir le formulaire en inscrivant :

- le code d'enregistrement donné par la DSP;
- la date à laquelle la personne remplit le formulaire;
- le nom de votre dépôt local du CSSS;
- le nom de la personne qui remplit le formulaire;
- la quantité de produit retourné en nombre de fiole, seringue, ampoule, applicateur ou vaporisateur;
- le numéro de lot du produit retourné;
- la date de péremption du produit retourné.

☞ Insérer le formulaire dans le sac avec les produits périmés.

☞ **Veuillez informer la personne responsable de la saisie dans SI-PMI de votre dépôt local avant de retourner tous produits périmés au dépôt régional.**

☞ **Créer un retour dans SI-PMI en saisissant la raison du retour (*Périmé contre crédit* ou *Périmé pour destruction*).**

☞ Ces produits devront être reçus au dépôt régional **dans les deux mois suivant la date de péremption**.

AUCUN PRODUIT IMMUNISANT NE DOIT ÊTRE RETOURNÉ PAR LA POSTE.

NOTE : *Les produits immunisants dont la date de péremption est dépassée, sont retournés sans maintenir la chaîne de froid.*

ANNEXE 10 : Formulaire *Déclaration des pertes de produits immunisants* – Sites de vaccination CSSS

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Québec
Direction de santé publique

DÉCLARATION DES PERTES DE PRODUITS IMMUNISANTS 2013-2014

Nouvelle procédure au verso →

Code d'enregistrement (N° de permis) : ____________ **Date :** ____ / ____ / ____ (Année / Mois / jour)

Dépôt local du CSSS : ____________

Localisation du dépôt (frigo) : ____________

RAISON DE LA PERTE : ____________

Autre ID produit	*PRODUIT*	*FORMAT*	*QUANTITÉ*	*NUMÉRO DE LOT*	*DATE DE PÉREMPTION*
A8077291	**Act-Hib**	fiole			
A8002081	**Adacel-Polio** (dcaT-VPI)	fiole			
A8000961	**Boostrix** (dcaT)	seringue			
A800208	**Boostrix-Polio** (dcaT-VPI)	seringue			
A805271	**Engerix-B HB**	fiole 0,5 ml			
A805270	**Engerix-B HB**	fiole 1 ml			
A8001882	**Gardasil VPH**	fiole			
A800031	**Havrix adulte - 1440**	seringue			
A800026	**Havrix pediatrique - 720**	seringue			
A8068472	**Imovax-Polio VPI**	seringue			
A8087681	**Imovax Rage**	fiole			
A800234	**Infanrix-Hexa** (DCaT-HB-VPI-HIB)	seringue			
A800144	**Infanrix IPV** (DCaT-VPI)	seringue			
A800062	**Menjugate**	fiole			
A800210	**Menveo**	fiole			
A807982	**MMR II** (RRO)	fiole			
[illegible]182	[illegible]el	fiole			
[illegible]	[illegible]va[illegible]	[illegible]ole			
A80[illegible]	P[illegible]	[illegible]gue			
[illegible]	**Prio**[illegible] (RRO-V)	[illegible]			
A8087683	**R**[illegible]	fiole			
A8[illegible]	[illegible]	[illegible]ateur			
[illegible]1	[illegible]sorbé[illegible]	fiole			
A8029211	**Td Polio Adsorbées** (d_2T_5-VPI)	fiole			
A808776	**Tubersol 5TU** (TCT)	fiole			
A800019	**Twinrix adulte**	seringue			
A8000291	**Twinrix junior**	seringue			
A8000423	**Varivax III**	fiole			
A8059204	**Agriflu** (VTI Influenza)	seringue			
A805920	**Fluviral** (VTI Influenza)	fiole			
A8059202	**Vaxigrip** (VTI Influenza)	fiole			
A8079829 A8000428	**Diluant MMR II & Varivax III**	fiole			
A811795	**Diluant Priorix-Tetra**	ampoule			

Site Web :*http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/vaccination/index.fr.html*

T:.../Outils 2013-2014/Déclaration pertes 2013-2014 - CSSS.xlsx

exemple

ANNEXE 10 (suite) : Procédure pour compléter le formulaire *Déclaration des pertes de produits immunisants* (verso du formulaire) – Sites de vaccination CSSS

Les produits considérés comme des pertes sont :

- Toute fiole cassée.
- Toute fiole ou seringue contaminée.
- Les fioles multidoses ouvertes et périmées sont considérées comme des pertes si elles contiennent plus de la moitié de la fiole.

Exemple :
Test cutané à la tuberculine PPD-5UT, fiole ouverte il y a un mois avec 6 épreuves restantes, fiole à détruire.
Inscrire 1 sur la ligne PPD-5UT dans la colonne *Quantité (celle-ci correspondant à 1 fiole)* .

- Les produits immunisants que la responsable régionale a demandé de détruire dans vos déchets biomédicaux après évaluation d'un bris de la chaîne de froid.
- Toute seringue qui a été jetée car préparée et non utilisée.

Remplir le formulaire en inscrivant :

- ✓ le code d'enregistrement donné par la DSP;
- ✓ la date à laquelle la personne remplit le formulaire;
- ✓ le nom de votre dépôt local du CSSS
- ✓ le nom de la personne qui remplit le formulaire;
- ✓ la raison de la perte;
- ✓ la quantité de produit détruite dans vos déchets biomédicaux en nombre de fiole, seringue, ampoule, applicateur ou vaporisateur;
- ✓ le numéro de lot du produit détruit;
- ✓ la date de péremption du produit détruit.

Acheminer le formulaire dûment rempli à la personne responsable de la saisie dans le SI-PMI de votre dépôt local

Dans le cas d'une déclaration de perte de produits immunisants à la suite d'un bris de la chaîne de froid **seulement**, acheminer le formulaire à la DSP par télécopieur au 450-928-3021.

☆ NOTE : Les produits doivent être détruits dans vos déchets biomédicaux.
Pour les produits périmés, veuillez utiliser le formulaire *Retour de produits périmés* .